

Title	大阪外国語大学における伝染病の発生状況(1980. 3. ~1992. 7.)
Author(s)	太田, 妙子
Citation	大阪外国語大学論集. 8 p.167-p.176
Issue Date	1993-03-25
oaire:version	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/79590
rights	
Note	

Osaka University Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

Osaka University

大阪外国語大学における伝染病の発生状況

(1980.3.～1992.7.)

太 田 妙 子

The incidence of infectious diseases among
students of O.U.F.S. who travel abroad

Taeko OHTA

This paper is based on my study of certain diseases which according to Japan's Ministry of Health's classification, are communicable diseases.

My subjects were chosen from the O.U.F.S. faculty and students who travelled to various Asian countries between March 1980 and July 1992 either on spring or summer vacations.

In my study, I examined 12 patients and studied 11 cases which include bacillary dysentery, cholera and typhoid fever. They contracted the diseases while travelling in India, Indonesia, Vietnam and Korea. Eight of the cases were contracted in India.

This study attempts to demonstrate that communicable diseases can be prevented.

《はじめに》

外国との往来が盛んとなり、年間1000万人を越す人々が海外渡航する昨今である。多くは大型高速ジェット機で30時間もあれば世界中の国から日本の国際空港に到着する。感染症疾患は検疫網をくぐって、まず潜伏期間のうちに越境すると覚悟せねばならない。勿論、これはヒトに限らず、食料の多くを外国に依存し、かつ冷凍生鮮魚介類などコレラ汚染地域からの輸入が多いことを考えると“国際化”は防疫一つとっても多彩な問題を提起する。本学に限ってみても、1か月位迄の短期旅行で、海外輸入感染症、とりわけ法定の伝染性疾患の潜伏期間内に帰国し、その後、発

病するという症例が度重なっている。本学はことに外国語大学であり、学生が専攻語科の国々へ在学期間中に訪れ、現地の人々と会話する事で学習の成果の腕試しをしたいと思うのは極めて自然といえる。しかしその当然の成果として、或頻度をもって伝染性疾患に罹り日本国内へ持ち込む、また発病することは避け得ない。問題は法定伝染病だけではなく、むしろ肝炎、マラリヤ、エイズ等こそ看過出来ない問題であるのだが、前述の法定伝染病は“感染”と“発病”が割合はつきりと限定され、かつ“隔離治療”というドラスチックな処置を取られるため確認が容易である。こうした法定伝染病罹患の現状から感染性疾患の裾野の広さを類推しかつ警鐘としたい。

《伝染病発生の状況》

表一は著者赴任以降、1980年3月から1992年7月迄の大阪外大生、海外渡航後伝染病発生症例の一覧表である。

当初、海外渡航から帰国して再入国の時、空港検疫で下痢等を申告、便培養検査に協力的な学生が多かった。（最近必ずしもこの傾向は見られない？）その検査において法定伝染病の保菌者と確認されると即刻本人は拘束され隔離入院させられる。多くの場合学生の所在地を捜して大学側へ連絡が入る。本学学生数（3000～4000人）は学生に起こった事故、伝染病等、大きな事件を概ね把握できる規模の限界と思われる。

発生状況の一覧表は上段からは年代順、左列からは症例番号、発生年月日、罹患学生、専攻語科、年齢、性別、病名、渡航先、住居、要検便者数（患者以外の接触者。旅行同行者、及び患者帰国後接触した者。例えば土産を貰った者、クラブ活動を共にした者）、患者が隔離・治療をうけた病院である。

渡航先は1例を除いて当該学生の専攻又は副専攻の語科であった。昭和年代の発症例では殆どの例で、旅行中、身体の不調・下痢・発熱を見た場合、帰国時空港検疫所で検便提出をしている。従って実際にはこれらの何倍もの学生が申告し検疫を受けたと思われる。

その結果が陽性の際で、検疫所から本人、保健所そして登学の可能性ある場合、本大学へと通報がなされる。その時点から緊急に学生課事務局、当該語科教官との協力のもと、罹患学生の搜索、行動範囲の調査、接触者の捜査、連絡、そして保健所の協力を得て検便、消毒など二次感染の予防活動を行う。

昭和年代には8年間、8件、9名の学生が伝染病に罹患、隔離・治療されている。ところが平成以降の3件はいずれも多少旅行中、身体不調を認めたにもかかわらず、空港での検疫を受けていない。渡航先はいずれもインドで病気は、腸チフス2件、赤痢1件であった。2名は直接病院へ通院・入院し、1名は保健センターに相談来室、著者が経過を聞いた範囲では伝染病の可能性が極めて高いと思われたので即時所轄保健所に連絡して、検便採取に来てもらい48時間後に真性赤痢と確認された。

11年間の総計12名で、病気の内訳としては赤痢9名、コレラ1名、腸チフス2名である。

表-1

海外渡航後伝染病発生症例

症例	発生年月日	氏名	専攻・学年	年齢	性	病名	行先	住居	要検便者	隔離病院
①	1981.4.21	家○ 太○	IP3	21	M	赤痢	インド	自宅	5	伊丹市民病院
②	'84.4.24	加○ 清	IP3	21	M	赤痢 (ゾンネ赤痢)	インド	自宅	3	箕面市民病院
③	'85.9.17	山○ 和○	TV1	20	M	赤痢	タイ、ベトナム フィリッピン	寮	26	箕面市民病院
④	'86.3.25	谷○部○子 小○ 悟	IN4 IN4	24 24	F M	赤痢	インドネシア	下宿 寮	4	松山伝染病院 京都市立病院
⑤	'86.4. 2	松○ ○子	IP3	22	F	赤痢	インド	下宿	1	箕面市民病院
⑥	'86.8.12	阪○ 修	K2	19	M	コレラ (エルトル小川)	韓国	自宅	25	豊岡市民病院
⑦	'87.3.20	甲○ま○み	IP2	20	F	赤痢	インド	寮	0	箕面市民病院
⑧	'88.3.19	川○ 隆○	IP4	24	M	赤痢	インド	下宿	1	吹田市民病院
⑨	'89.5. 2	加○ひ○の	N2 (副IP)	20	F	腸チフス	インド	下宿	0	箕面市民病院
⑩	'90.3.25	野○ 幸○	M4	25	M	赤痢 (シゲラ菌)	インド	下宿	0	箕面市民病院
⑪	'92.4.16	見○ 貴○	IP4	21	F	腸チフス	インド	下宿	1	大阪市立桃山病院

IP: インド・パキスタン語学科 IN: インドネシア・フィリピン語学科
TV: タイ・ベトナム語学科 K: 朝鮮語学科 N: 日本語科

病原菌の細分類の知り得たものとしては、赤痢の70～80%を占めるとされている赤痢グループD群ゾンネ赤痢菌 (*Shigella sonnei*) による赤痢が最も多かったが症例⑩'90年発症例の赤痢はグループA・C群の感染で志賀菌・ボイド菌 (*Shigella dysenteriae*・*Shigella boydii*) による、いわゆる志賀菌を含んだ激症型であった。症例⑥コレラ例 ('86) は Eltor cholera エルトール小川型であり国内発生も時々見られる弱毒タイプの菌が原因であった。学生の話及び潜伏期間から逆算して、韓国釜山で食べた刺身によるものと思われたが、当時韓国はソウル五輪の前であってWHOのコレラ汚染地域には指定されていなかった。

又平成以降の特徴は腸チフスが2件も続いていることである。検疫は無申告で通過したようだがその後持続的高熱 (40℃) の為、医師を受診せねばならなかったようである。腸チフスは赤痢とは異なり、熱が下がって一見、治癒・緩解と見えても、胆嚢などに巣食って後々生涯の病巣源となりうる。従って完全な治療をしておかねばならない。

表-1 症例①ではインドから帰国後、学生が友人5人に土産として原語の書物を贈り、貰った友人は接触者として要被検者となり検査を受けた。3日程は自宅待機となった。

表-1 症例③はピースボートによる団体渡航で患者以外の同行者多数も検査対象となった。帰国後は各人それぞれに郷里へ、仕事へ、東京へ、京都へなどと各地へ散り、その足跡調査と拘束は容易なことではなかった。

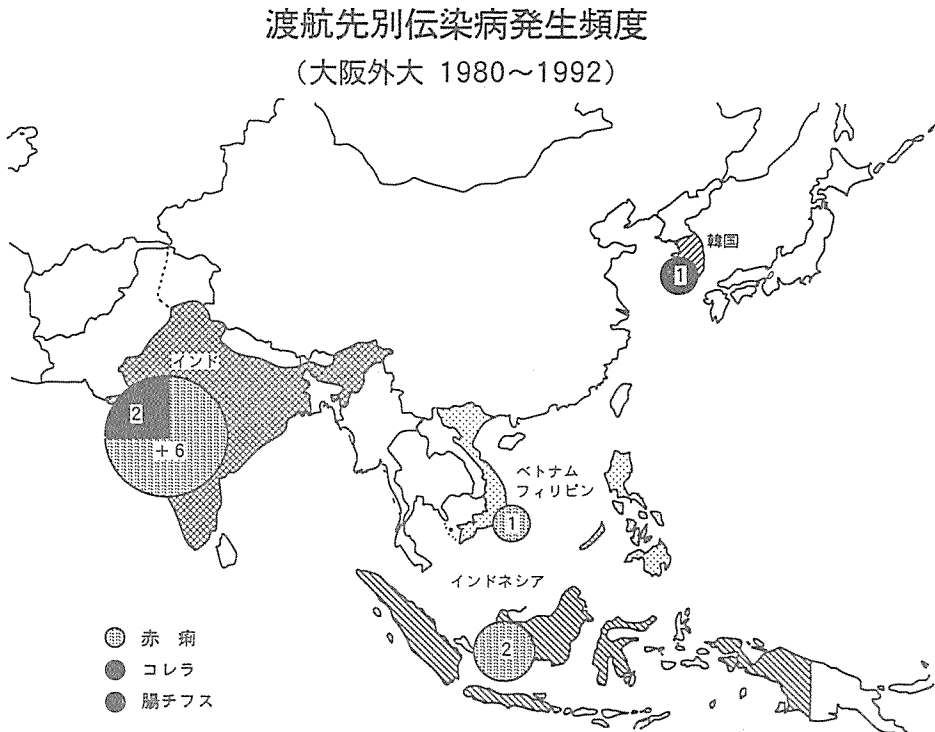
また表-1 症例④では、保菌者は患者としてすぐ隔離された。ところが患者の旅行同行学生、

つまり要被検（便）者が帰国してその日、交通事故に会った。当夜クラブの友人等4人と自動車
で、くり出したが、国道171号線上、後続車に追突され、炎上、大事故となった。事故は同乗者
1名死亡、3名負傷、そのうち最もひどい熱傷で箕面市立病院へ運ばれ、入院していたのが要被
検帰国学生であった。全身熱傷の外科の患者として入院した時はまだ情報が入っていなかった。
重傷であり、当然、大小便はベッド上で介助してもらう事であった。1～2日後、保健所からの
連絡でこの火傷学生と海外へ行っていた学生が真性赤痢と判明した。交通事故でたまたま入院し
ていたこの火傷学生、たまたま下痢（赤痢でなくても他の下痢性腸管感染症の可能性が強い）を
もしていた為、その家族のみならず、病院内の同室患者全員に被検査対象として波及、パニック
となって病院から厳重注意を受けた。このような思いもかけない波紋の拡がることもある。

なおこの時、学生は4年生で入院中にベッド上卒業ということとなった。勿論就職の初出勤は
隔離治療中で果たせなかった。

渡航先、国別発生頻度を図－1（東南アジア地図）に示した。

図－1



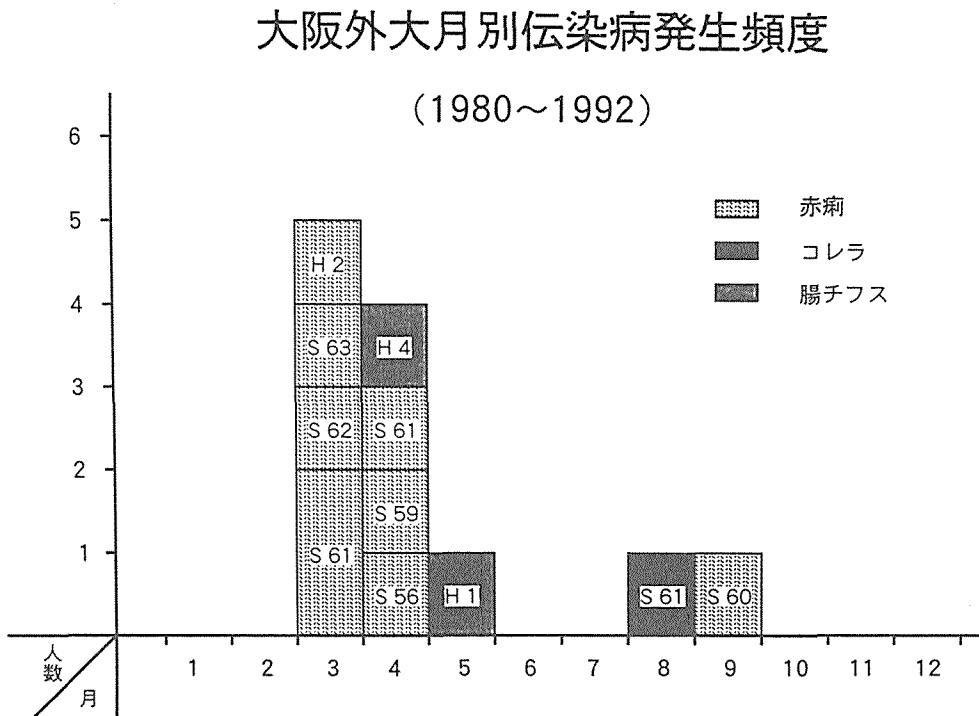
渡航先別では全例アジアの国々であった。厳密には数カ国の空港を経由することが多く感染し
た国を一国に限定するのは難しい筈ではあるがおおよそ学生の話の『聞き取り』とその食事内容
や潜伏期間などから原因と覚しき経口摂取の機会ほぼ推定しうる。*インド・ネパール訪問組
が圧倒的に多く、赤痢6名、腸チフス2名をみた。その他インドネシア赤痢2名、タイ・*ベト

ナム・フィリピン・で赤痢1名、韓国でコレラ1名であった。(※は推定感染国)

本学ではインド・ネパール・パキスタンの何れかを訪問した患者が2/3を占めるが全国平均でインド・ネパール・パキスタンは1/3から1/2である。本学では2/3の患者となる。この統計は学生の訪問先が一般の観光地と違って専攻語国という本学の特徴がよく出ており母集団に日本全体の頻度とは異なった一種のバイアスがかかっているといえる。

次に一年の中の月別発生頻度を図-2に示す。

図-2



春・夏休みの長期休暇前には学生がしばしば保健室を訪れ、予防注射についての問い合わせや相談も多く海外旅行に際しての注意も呼びかけているが、やはり発症はその時期に集中する。3・4・5月(5月2日の腸チフス発生例の旅行期間は3月1日~26日)と8・9月に発生が見られた。そして夏よりも年度代わりの春にずっと多いという特徴がある。全国発症で輸入感染性腸炎の入院月はピークを4月と8月に持つ春・夏の2峰性であるが8・9月の入院がずっと多い。

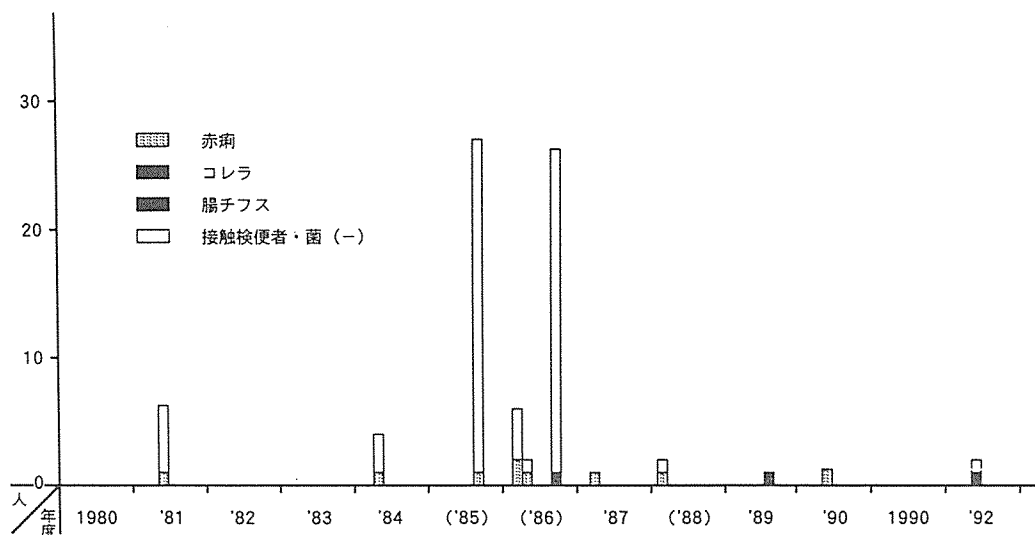
次のグラフ(図-3)では患者と接触・同行したために便の細菌培養検査を課せられた周辺の人々、要被検(便)者数を白抜き棒グラフで表し底部の患者部分に乗せて示している。本学の学生・教官に限っての統計であるが総計66名。これらの人々は検査結果が出る迄3日程、所在地待機となったものである。団体渡航の場合の症例③と症例⑥の様な帰国後の行動が不適切な場合、つまり検査結果待ちの状態でアメリカン・フットボールの合宿に合流して合宿中、真性コレラと

判明したためクラブ全員が要被検者となった場合が多数例となった。

図-3

大阪外大生、海外旅行後の伝染病発生頻度と接触者数

(1980~1992)



最近はずがにこの様な大騒動は減りつつあるように思われる。毎年のオリエンテーションやセンター便り、年報や保健衛生の講義で少しは効を奏しているのかと考える。がしかし、学生は年々歳々同じからず。海外交流がより容易に、より日常的になって来ている事を考えると注意に注意を重ねても、皆無となすのはまず至難の事、せめて増加は抑えたいと考える。

症例は平均年1例、そう数多いものでもないので各ケースについて事実をできるだけ詳しく聞き取り記録している。それらをもとに感染地域の推定、旅行中の行動の検討、反省すべき点や参考にする処を抽出・類推するという手法をとってきた。

昭和年代の症例についてはかつて発表の機会があったので平成以降の3件についてやや詳細に学生の軌跡と行動を述べる。

(1) 表-1 症例⑨は1989年5月2日に病因の確認された腸チフスである。発症は約1か月前にも遡る。20才女子学生、専攻科目は日本語であったが副専攻はインド・パキスタン語であった。3月1日大阪国際空港出発、2日ボンベイ着、その後ビジャプール、ダウラターバード、エローラ、アジャンター、ジャイプル、デリー、アグラ、デリーを汽車、バスで移動、26日に帰国した。

途中、飲料水としては井戸水で茶を沸かして飲んだり、朝ホテルで貰った湯を水筒に入れて持ち歩いたりしたが、すぐ無くなるのでホームの＜飲み水＞という表示のあるものを飲んだ。その

他チャイをできるだけ買って飲むこととした。5～6日のうちに3日位、つまり半分の日程で1～2回の軽い下痢をしていたのだが苦痛というほどではなく病識もなかった。

帰国後空港で検疫は無申告にて通過、3月28日、念の為郷里の愛知で保健所へ行き感染症の検査(検便)を依頼した。30日全て陰性との連絡を受けた。しかしその後、やや身体がだるく31日、4月1、2日と次第に高熱となってきた。4月2日の日曜日40℃の発熱、休日診療所に受診したが、更に箕面市立病院へ回され“風邪”ということ下宿先へ帰宅。翌日下痢をしたが、熱は高く持続した。(いわゆる腸チフス特有の稽留熱・及び弛張熱)、微熱・平熱・高熱を繰返していた。4月末迄発熱が続き28日、40.6℃で再び箕面市立病院受診した。さすがにその折りは感染症を疑われ半隔離病棟へ即時入院、翌日、肝臓・脾臓の腫脹が見られ益々感染症の疑い濃厚となり5月2日血液培養、胆汁検査の結果“腸チフス”と判明、隔離された。治療によって血液・胆汁とも菌陰性(一)となり退院したのは18日であった。29日まで通院し肝・脾腫の検査を施行、6月9日には貧血(抗生物質の長期連用による副作用)症状を残してその他の検査はほぼ正常化した。以後半年にわたり保健所の検査を受けた。

この症状を見ると帰国直後、保健所で検便を受けその後病院へ通っていたにもかかわらず、病状が顕在化、確定診断が下りたのは少なくとも感染後1か月経過している。潜伏期間が2週間と比較的長いし検便で陰性であっても安心できない。血液培養でないと診断できないこともある。高熱が間歇的にでも出現し何日も続くなら風邪と簡単に考えないこと。結局この女子学生の場合、顕著な身体症状は“高熱”のみであった。

(2) 表一 症例⑩モンゴル語4年男子で卒業目前の春休み、2月20日から3月21日の30日間北インド観光旅行に出かけた。大阪空港を発ってタイ・バンコク経由でインドのデリー、コーベツトナショナルパーク、ジャイプル、アグラ、ヴェーラーナシー、ナウタンワからネパールのスノウリ、カトマンドゥ、再びインド、カルカッタそしてバンコク経由大阪へ帰ったものである。インド入国4日目位から、下痢・軟便・普通便があったが特に激しい症状はなく特別な伝染病は疑わなかった。ネパールへ入るころから咳が頻繁に始始め、痰の引っかかる様な状態が続いた。車の排気ガスのひどさと道路は舗装されてないから、砂ぼこりもひどく呼吸器症状が主であって“単なる風邪”と考えていた。インドへ再入国した頃から嘔吐、下痢などと共に咳も続き丸一日寝込む日もあった。3月21日大阪到着の頃には咳・下痢があった。(にもかかわらず空港検疫所で検査受けず)帰国翌日22日なお体調思わしくないと訴えて、当保健センターへ相談に来室した。状況から極めて伝染病疑わしく思えたので即刻、池田保健所箕面支所に依頼し、検便採取に来てもらい本人には下宿待機を指示した。25日赤痢と判明。それも本例は強烈なタイプの Group A 群 (*Shigella dysenteriae*) いわゆる志賀菌及び Group C 群 (*Shigella boydii*) ボイド菌によるものでそれ迄の症例①～⑤ ⑦ ⑧の様な Sonnei 菌という Mild Type ではなかった。この学生の場合4年生であったので隔離入院中に卒業ということとなり、更に就職初日の出勤もでき

なかった。企業側の配慮で一応内定再考とはならなかったが卒業年次の最後の旅行は帰国してからのかなりの日数の余裕を持って計画して貰いたいと思ったことであった。11症例の内、善後策対応の中で本学学生のことではないが商社などの中には『卒業を控えて本人の不注意で隔離されるような伝染病を得、入院、初出勤、出社できないなどとは既に商社マンとしての資質に欠ける』と厳しい断を下した（就職取り消し）そんな話なども飛び交い気を揉むケースもあった。

症例⑩では現地では殆どミネラルウォーター<アクワ>を買っていたらしいがこれがどうも怪しいという。ミネラルウォーターとはまさに文字通りのミネラルウォーターで井戸水を入れて栓をした生水であるらしいという。因みに<Blue Star>というミネラルウォーターは大丈夫らしいと学生は類推している。この辺が国情によって一律に論じえないところである。レストランでは食器や食物にもハエはたかるし道路も砂ぼこりがたっている。加えて当人の癖で爪を噛む習慣があったらしく赤痢のような経口感染にこれも悪影響しているかもしれない。約1か月の旅行で8kg(64kg→56kg)の体重減少となったという。旅行の日程を見ると寸暇を惜しんで見て回ったという印象であるが、できれば予定の間に<休養日>を設けるべきであったと思われた。

(3) 表-1 症例⑪は1992年4月16日に桃山病院感染症センターへ入院した。旅行日程は3月17日から4月12日。大阪国際空港からタイ・バンコクへ出発、18日インド・デリーへ向かう。デリー、アグラ、ベナレス、カルカッタを巡り4月8日には再びカルカッタからタイ・バンコクへ戻りパタヤ・ラン島を経て4月12日帰国した。検疫はそのまま無申告にて通過、4月13日から食欲不振、倦怠感、更に38℃の発熱・寒気をみた。父親が開業医であり旅行中、持参の抗生物質や鎮痛・解熱剤等も時々使用していた様である。帰阪後、寒気等の全身症状を郷里の父親に連絡をとって相談した処、桃山病院に連絡を取って直接受診したようである。入院後の4月19日には熱が40℃から下がらず、吐気・鼓腸、更に日を追って腹部にバラ疹の斑点を生じ肝障害、血小板減少をみた。下痢瀕回のため、おむつ使用、そして腸破裂の虞れあるということでベット上安静を指示された。

入院治療中、感染している病原菌は腸チフス菌のみならずランブル鞭毛虫、腸トリコモナスも保有し複合感染である事が確かめられた。又、患者と旅行同行した本学学生1名、他学学生1名共に腸チフスは無かったものの2名共ランブル鞭毛虫が検出されたという。ランブル鞭毛虫感染症では体調によって下痢を起こすこともあり“ジアルジア性下痢”と呼ばれている。患者は6週間入院し、十二指腸ゾンデによる胆汁検査で腸チフス菌が無いことを確認されたのち、5月26日退院した。

本学生は旅行中、発熱や頭痛時には抗生物質を時々服用していた為、病状は時に抑えられ修飾されて典型的には出にくかったと思われる。それでもなお、4月1日には40℃の発熱と血便があったという。従って空港検疫所ではやはり申告して検査を受けておくべきケースであった。もっとも自ら病気を疑った時点以後は適切な行動であったといえる。

各例で隔離期間が過ぎ治癒した学生と話す機会を持ったが、皆元気に回復していた。しかもさすがに『もうこりごり、もう行きたくない。』という学生は少なかった。

症例①などはインドの風土が自分に合うなどとその後も頻繁に行っている様だし、今年発症例⑪もその華奢な体格から医者である父親は心配して「今後インド渡航厳禁」と言い渡されたらしいが、既に『又行きたい。』とっている。さすが外大生であるとも思うのだが【喉元過ぎれば熱さ忘れる】では困る。実はそれよりも困るのは確認された法定伝染病でこれだけ発症しているということは感染症の裾野はずっと広いということ。むしろ種々の病原菌による複合感染が自然状態であるとするのなら、目に見えない、把握しえない、潜伏期間の年余にわたる疾患、ウイルス性のものやマラリアなどを充分慮れなければならない。現在の日本の栄養状態ではこれらの法定伝染病に罹って、直、死に至るのは考え難いが治療法の確立していない種々熱帯病や国内では少ない破傷風、日本には無いといわれる狂犬病などこそ実は目にみえぬ強敵なのである。

《結 論》

＜本学の伝染病発生の特徴＞

- ① 発病学生の渡航先は殆ど専攻語科の国々である。
- ② インド渡航後が圧倒的に多く2/3をしめる。全国統計ではおよそ1/3～1/2がインドからの入国者（帰国者）である。
- ③ 赤痢9名、腸チフス2名、コレラ1名、12年間で11件12名の発症であった。
- ④ 月別発生頻度から見ると長期休暇のとれる春・夏休み及び帰国時に限られている。春休み期間の罹患が多い。
- ⑤ 隔離の原因となった法定伝染病のみならず他の感染疾患にも複合感染していることがしばしばであり（腸炎ビブリオ・ランブリア感染症・腸トリコモナス等）注意してもし過ぎることではない。
- ⑥ ここ2～3年の発症例では周辺学生等への影響はすくない。
- ⑦ 個別の症例では⑤のような傾向にあり多少の啓蒙効果はみられると思われるが、かつてのような Sonnei 菌のような弱毒菌でなく、最近の原因菌は強力な菌になってきている。
Shigella dysenterii, Shigella boydii, Salmonella typhosa 等
- ⑧ 近年、空港検疫をおろそかにする傾向にある。検便では検出されにくいチフス性疾患もあるが極力検査は受けておいた方がよい。

＜反省と今後への参考＞

- ① 海外へ行く時は行先によって、予防接種やマラリア予防薬の携帯・使用（旅行中及び帰国後ファンシダールの週一回内服）等、知識と実際の準備をしておくこと。コレラやA型肝炎の予防接種をして行っているようである。A型肝炎は経口感染であるし学生の多くの諸君はおそらく免疫抗体を持っていないと思われる。
- ② 生水は原則飲まない。（日本においても、昔は家庭でも生水は飲まないよう教えていた。）

水道水を飲める国は限られている。普通、外国ではミネラルウォーター、ビール、名の通ったコーラ（コカ・コーラ、ペプシ・コーラ等）を飲む。しかしその国の情勢によって、例えばインドのミネラルウォーターなどは殆ど殺菌も消毒もされていない井戸水と考えた方が無難。

- ③ 氷などは生水で固めた物と考える。
- ④ インドでラシイーは飲まない事。（チャイは可）
- ⑤ 蚊取線香、防虫スプレー持参も役立つ。
- ⑥ 河川には入らない事。住血吸虫などの寄生虫が皮膚から侵入する可能性がある。
- ⑦ 舗装されていない道路の砂ぼこりは吸わないよう。塵埃にはウイルス、細菌、寄生虫卵が混じっていると考えておくこと。（熱帯の人々の着衣に木綿が多いのは、ひとつには熱いアイロンをかけて寄生虫卵を殺す為である。）
- ⑧ 食物は極力、火を通した物を食べる。生肉やレバーなどは避ける。（これは日本国内でも同じ。寄生虫のいることがある。）ことに魚の刺身などは食べない。外国の調理人が包丁やまな板の使用に関する伝統がなく、材料の鮮度吟味も疑問である。
- ⑨ 感染症、伝染病に罹患したケースは2～3種類の病原菌（虫）が認められることがある。ことにランブル鞭毛虫などはしばしば検出されるが、熱帯の人々の半数が汚染されており、しかも経口感染である。
- ⑩ 旅行のスケジュールはやや余裕を持って休養の時間や日を組んでおくこと。体調を乱した時、回復の余裕も作っておく。
- ⑪ 日本への入国時、海外滞在中に熱や下痢など体調を崩した時があれば検疫で申告しておくこと。
- ⑫ ⑪で陰性としても、潜伏期の長い疾患や便に菌の検出されにくい病気もある。その後であっても熱などが続くようであれば医者経過を説明し、簡単に考えない事。
- ⑬ 海外滞在中に発病する可能性も考えて旅行保険には加入しておいた方が安心である。

【参考文献】

- | | | |
|---------|-------------------|--------------|
| 伝染病統計 | 昭和60年 | 厚生省大臣官房統計情報部 |
| 日本医師会雑誌 | VOL 101 NO11 1988 | |
| 日本臨床 | vol 47 NO1 1989 | 日本臨床社 |
| 医学大辞典 | | 南山堂 |

(1992. 9. 10 受理)